

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

267

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 juin 1889, à 1 heure

Par PAUL-ANDRÉ ROBERT

Né à Marseille, le 12 Février 1858

Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Lauréat de l'École de médecine de Marseille

DE

L'ACNÉ DÉCALVANTE

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges { MM. BROUARDEL, professeur.
RAYMOND et BALLET, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, Rue Casimir-Delavigne, 2.

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DAMASCHINO.
	{ DIEULAFOY.
	{ GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	{ LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	BAILL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ RICHET.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ TRELAT.
	{ LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	N...
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.
BLANCHARD.	HANOT.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques.	RIEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HANRIOT.		ROBIN (Albert)
BRISSAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
BUDIN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	TROISIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	RECLUS.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REMY.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR MELCHIOR-ROBERT

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur à l'École de Médecine de Marseille

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES

DE

L'ACNÉ DÉCALVANTE

INTRODUCTION

Dans le cours d'une année d'externat (1885) à l'hôpital St-Louis dans le service de notre excellent maître M. le Dr Lailler, nous avons eu l'occasion d'observer deux malades atteintes d'une singulière alopecie. Les chefs de service de l'hôpital, consultés à ce sujet, ne purent formuler un diagnostic précis. En effet, ni les caractères actuels, ni les commémoratifs ne permettaient de rattacher cette alopecie à l'une des maladies décrites et classées par les dermatologistes.

M. Lailler avait déjà observé plusieurs malades analogues dont l'histoire clinique, à peu près constante, était la suivante :

1° Apparition sur le cuir chevelu d'éléments acnéiques ne différant de l'acné pilaris classique, que par leur disposition en groupes.

2° Production d'une alopecie en plaques au niveau des points couverts par l'éruption.

3° Enfin, progrès incessants de l'alopecie, même après la disparition des éléments éruptifs.

Après une étude minutieuse des antécédents et des signes objectifs de nos deux malades, nous avons acquis la conviction qu'elles étaient bien atteintes de la maladie déjà observée par notre maître. Les caractères cliniques de cette singulière dermatose, ignorée jusqu'à ce jour, d'après nos recherches bibliographiques, valaient la peine d'être exposés : c'est la tâche que nous avons entreprise. Nous avons pris pour types de notre description les deux observations caractéristiques que nous avons recueillies avec grand soin et annexées à notre travail.

Cette affection, appelée « Acné décalvante » par M. Lailler, est assez rare, il ne s'en présente guère plus d'un à deux cas par an, en moyenne, dans les services de l'hôpital St-Louis ; notre description contribuera donc, nous l'espérons, à appeler l'attention sur quelques faits très spéciaux, à la vérité, mais intéressants et utiles à connaître pour le diagnostic souvent délicat des alopecies,

Deux chapitres devaient plus spécialement être développés : d'abord la description clinique, ensuite et surtout le diagnostic, que nous avons traité longuement. On est très exposé à confondre l'acné décalvante avec d'autres alopecies ou éruptions du cuir chevelu, venant de préférence à l'esprit à cause de leur plus grande fréquence.

L'étude anatomo-pathologique de cette dermatose n'a pu être faite, faute d'examens histologiques du cuir chevelu ; des cheveux et des squames seulement ont pu être examinés. Aussi ne saurions-nous être absolument affirmatif sur la localisation exacte et la nature essentielle des lésions. Nous avons, sur ce point, exposé et adopté

les idées de notre maître, mais, en développant les raisons qui motivent notre interprétation, nous n'avons pas eu la prétention de trancher la question.

Une planche, jointe à notre travail, représente une plaque d'alopecie, suite d'acné décalvante, siégeant sur le sommet de la tête. Cette planche est faite d'après la photographie d'une malade, observée antérieurement par M. Lailler, et pouvant être considérée comme un type très caractéristique d'acné décalvante.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous ne saurions manquer au devoir d'inscrire en tête de notre travail les noms des maîtres dont nous avons eu l'honneur de suivre les savantes leçons et à qui nous devons de si précieux conseils : dans les hôpitaux de Marseille MM. les professeurs : Chappelain, Combalat, Rampal, Villard et Magail ; M. le D^r Van-Gaver, médecin des hôpitaux ; MM. les D^{rs} Flavard, Gamel, Michel, chirurgiens des hôpitaux.

Dans les hôpitaux de Paris : MM. les professeurs Peter, Verneuil, Léon Le Fort ; MM. Léon Labbé, Peyrot, Schwartz, professeurs agrégés ; M. Balzer, médecin des hôpitaux.

Que nos excellents maîtres M. le professeur Cornil, qui a toujours été si bienveillant pour nous, et M. le D^r Lailler, qui a bien voulu nous donner le sujet de notre travail, reçoivent plus particulièrement l'expression de notre reconnaissance.

Enfin nous remercions aussi notre ami Louis Dumont, aide-major au 60^e de ligne, qui a bien voulu se charger de notre bibliographie allemande.

DÉFINITION . — HISTORIQUE

L'acné décalvante est une maladie du cuir chevelu caractérisée par le développement, simultané ou successif, d'éléments acnéiques groupés ou dissiminés ou même isolés, évoluant selon le mode de l'acné dit pileaire, mais présentant cette particularité de produire des plaques d'alopécie, plus ou moins larges dans une première période, et s'agrandissant progressivement.

Il est à remarquer que l'alopécie une fois établie, poursuit sa marche sans présenter nécessairement une succession d'éléments acnéiques en rapport avec la chute des cheveux. Les malades constatent alors souvent l'apparition de boutons isolés se succédant souvent à de longs intervalles, mais certains points qui en sont indemnes se dénudent aussi.

L'acné décalvante est rarement observée, ses signes objectifs, difficiles à bien distinguer, ont été jusqu'à ce jour attribués à d'autres dermatoses plus communes ; aussi n'est-il pas étonnant qu'elle n'ait point été décrite. Bien plus, nous avons parcouru dans les ouvrages spéciaux français, anglais et allemands, que possède la faculté de médecine, les chapitres ou articles de journaux pouvant se rapporter de près ou de loin à notre sujet, nous avons recherché dans les divers articles « Alo-

pécie », « Pelade », « Acné », « Favus », si des cas d'acné décalvante n'y auraient pas été confondus, et, malgré les recherches les plus minutieuses, nous ne pourrions affirmer qu'une seule observation en ait été prise.

Jusqu'à Willan et Bateman, les descriptions des dermatologistes sont assez vagues, il est donc impossible de démêler si la maladie qui nous occupe a été observée. Bateman dans son article « *Porrigo decalvans* » (1) s'exprime en ces termes : « Il peut exister, quoique le fait ne soit point prouvé, une éruption de petites pustules autour des racines des cheveux. Ces pustules ne subsistent que peu de temps, elles se manifestent dès le commencement et ne donnent issue à aucun fluide ». Nous ne saurions dire au juste ce que Bateman a voulu entendre par cette restriction : « quoique le fait ne soit pas prouvé ». Fait-il allusion à l'opinion d'autres auteurs qu'il ne cite pas, ou bien à des cas observés par lui, mais qu'il n'est pas sûr de pouvoir rattacher légitimement à la pelade, ou bien encore exprime-t-il sous cette forme dubitative, les allégations de certains de ses malades ? C'est ce que nous ne saurions décider. Quoi qu'il en soit, il nous paraît vraisemblable que cet auteur a observé quelques cas, peu nombreux, d'alopecies présentant des analogies avec celle de la pelade, mais précédées de pustules dans une première période. Ces alopecies pourraient bien être des cas d'acné décalvante que Bateman a fait entrer dans le cadre de la pelade en en faisant une variété rare et même douteuse.

(1) BATEMAN. « *Traité pratique des maladies de la peau*, traduit par Guillaume BERTRAND. Montpellier, 1820, article « *Porrigo decalvans* », « pelade », p. 22.

Dans le cours de notre travail on trouvera la description de ces papules sèches ou pustuleuses du début, disparaissant souvent à la seconde période.

Rayer relate dans son traité l'observation dont nous avons extrait le passage suivant : «... sur le cuir chevelu ces lamelles sont plus petites, desséchées, comme furfuracées à la partie supérieure et postérieure de la tête. Les cheveux sont tombés à la partie latérale gauche du sinciput, dans une étendue égale à celle de la paume de la main. Enfin, sur aucun des points de la face et du cuir chevelu, on ne distingue de pustules, papules ou vésicules » (1). Il est possible que la malade de Rayer ait été observée à la deuxième période de l'acné décalvante, période pendant laquelle les pustules font très souvent défaut. Nous ne saurions toutefois l'affirmer.

Baudelocque écrit dans la *Revue médicale française et étrangère* : « J'ai souvent vu les pustules dont parle M. Rayer, mais dans aucun cas je n'ai observé le favus consécutivement à leur rupture. Je crois que les pustules appartiennent à une maladie autre que la teigne faveuse : quelquefois elles la compliquent, on en trouve un plus ou moins grand nombre au voisinage des croûtes, mais je ne les ai jamais vues se recouvrir de favus » (2). Ces réflexions de Baudelocque prouvent qu'il avait observé des alopecies consécutives à des éléments pustuleux et distinctes du favus. Quelles étaient ces alopecies ? Il ne

(1) RAYER. *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, vol. III, p. 705.

(2) BAUDELLOCQUE. Sur la teigne faveuse, in *Revue médic. franc. et étrangère*. Paris, 1831, 1^{er} vol., 27-49.

les nomme pas, probablement parce que les cas soumis à son observation étaient trop rares et n'avaient pas suffisamment attiré son attention.

Cazenave est d'avis que : « si le favus a cessé depuis longtemps, on peut être embarrassé devant ces cicatrices qui entourent une éruption dont les caractères ne sont pas ceux du favus, et cela d'autant mieux qu'on ne peut compter sur les renseignements du malade : développement de quelques pustules, etc... » (1). Il suffisait donc à Cazenave, et à beaucoup de ses contemporains d'ailleurs, de trouver dans les antécédents d'un malade l'existence de quelques pustules dans le cuir chevelu, pour porter le diagnostic rétrospectif de favus. Les alopecies consécutives à l'acné décalvante devaient donc souvent être attribuées au favus.

Hébra paraît avoir eu la notion de l'acné décalvante : « c'est ainsi, écrit cet auteur, que dans la description des dilatations folliculaires qui constituent le sycosis et l'acné, nous avons déjà apprécié le phénomène de la perte des cheveux, que l'on observe dans ces deux maladies.... Les cheveux tombent de follicules isolés ou de petits groupes de follicules, dans l'acné, le sycosis, la variole, les syphilides papulo-pustuleuses » (2).

Enfin, c'est dans la thèse de Courrèges, faite dans le service de notre excellent maître M. Lailler qu'il est fait mention pour la première fois d'une façon positive de l'acné décalvante. Au chapitre « Diagnostic » Courrèges

(1) CAZENAVE. *Maladies du cuir chevelu*. Paris, 1850.

(2) HÉBRA. *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1874, vol. II, p. 319.

écrit : « L'acné pilaris produit quelquefois sur le cuir chevelu et sur d'autres régions velues, une dénudation par plaques qui pourrait être prise pour de la pelade achromateuse déprimée ; mais, dans cette variété, la *dénudation a été précédée de groupes pustuleux*, elle est consécutive, tandis qu'elle est primitive dans la pelade » (1). Courrèges avait appris, dans le service de M. Lailler, à reconnaître l'acné décalvante.

Depuis que M. Lailler à la suite d'observations répétées, a eu la conception nette de cette affection, une quinzaine de cas à peine lui ont été soumis. Ces malades n'ayant fréquenté que la consultation externe, leurs observations n'ont pas été prises ; aussi, ne pourrions-nous reproduire que les deux que nous avons prises nous-même dans le service, pendant notre année d'externat. Depuis cette époque, M. Quinquaud a communiqué à la Société médicale des hôpitaux, un cas d'alopécie assez voisin de l'affection qui nous occupe ; de plus, au cours d'une communication à la réunion clinique hebdomadaire de l'hôpital St-Louis, cet auteur a fait mention de cas paraissant analogues à ceux que nous avons observés (2).

Plus récemment encore, M. Besnier a communiqué à la réunion clinique de l'hôpital St-Louis une observation absolument comparable aux nôtres. M. Besnier donne provisoirement à cette maladie, le nom d'« alopécie cicatricielle innommée » ; il en a déjà observé plusieurs cas (3).

(1) COURRÈGES. Thèse de Paris, 1874.

(2) QUINQUAUD. Réunion clinique du 13 décembre 1888. *Ann. de dermatologie*, 1889, n° 2.

(3) BESNIER. Réunion clinique du 20 décembre 1888. *Ann. de dermatologie*, 1889, n° 2.

Étiologie.

Dans nos deux observations, rien de bien net au point de vue étiologique. Le père de notre première malade avait des douleurs vagues de rhumatisme. Le père de la seconde était sujet à l'acné, la mère avait été atteinte de rhumatisme. En somme, l'affection n'est pas plus nettement héréditaire que l'acné vulgaire, mais paraît surtout atteindre les enfants de rhumatisants. Toutefois, sur 16 malades environ, observés par M. Lailler, il n'y avait qu'un seul homme. Les deux observations que nous avons prises nous-même sont celles de deux femmes; une sœur de notre première malade aurait été atteinte de la même affection. Nous sommes donc autorisés à penser que le sexe féminin est particulièrement exposé à cette dermatose. Nos deux malades ont été atteintes en bas âge (de 5 à 7 ans); toutes les deux ont des antécédents de scrofula dans la première enfance, et de l'acné sur le corps.

Description clinique.

Dans la forme la plus nette, quand le début de la maladie n'est pas masqué par de la gourme, il se développe d'abord sur le cuir chevelu, des éléments acnéiques avec leurs caractères habituels; ils sont confluents ou disséminés, siègent les uns près du front, les autres derrière les oreilles; d'autres enfin, et ce sont les plus nombreux, sur le sommet de la tête, aux environs du tourbillon. Chaque élément a une durée d'une quinzaine de jours environ, d'abord rouge et acuminé, il devient pustuleux ou s'affaisse peu à peu et se recouvre d'une pellicule que traversent un ou plusieurs cheveux. Quelques-uns de ces éléments sont surmontés d'une croûte jaunâtre découvrant, lorsqu'on l'enlève avec l'ongle, une petite exulcération recouverte de pus. En même temps, on peut observer des éléments acnéiques sur une autre région; sur le dos entre les deux omoplates, par exemple. Chez une de nos malades, cette éruption, contemporaine du début de l'affection du cuir chevelu, a laissé des cicatrices encore très visibles quatre ans et demi après.

Les éléments du cuir chevelu ne diffèrent en somme pas essentiellement de l'acné pilaris classique observé et décrit par un grand nombre d'auteurs; cependant l'éruption est en général, plus confluyente et surtout plus en groupes.

L'évolution successive et à peu près continue de ces

éléments acnéiques, fort nets au premier stade de la maladie, dure plus ou moins longtemps ; trois ou quatre mois par exemple, comme dans notre deuxième observation. Mais, dans une deuxième période, ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut observer l'acné proprement dite ; elle n'apparaît que d'une façon intermittente, fugace, et souvent fait défaut. Et néanmoins les cheveux n'en continuent pas moins à tomber en plus ou moins grande abondance ; d'abord clairsemés sur certains points, ils découvrent bientôt de véritables plaques d'alopecie. Sur ces plaques en voie d'évolution, on ne constate souvent autre chose qu'une desquamation épidermique plus ou moins abondante ; la peau y est souvent plus rouge, dans quelques cas des démangeaisons assez vives provoquent du grattage et de petites exulcérations consécutives à la destruction d'éléments acnéiques. Ces diverses plaques d'alopecie, qu'elles se soient développées au niveau des groupes acnéiques ou en dehors d'eux, s'élargissent ensuite progressivement.

Dans d'autres cas, le début de la maladie est moins net et pour ainsi dire insaisissable, les premiers éléments étant masqués par la présence de la gourme, habituelle dans les antécédents de ces malades. Alors, au moment où, les croûtes commençant à disparaître, le cuir chevelu tend à reprendre son aspect normal, on découvre sur le sommet de la tête en général (comme chez notre première malade), en avant du tourbillon, une plaque plus ou moins large (du diamètre d'une pièce de 5 francs en argent chez notre malade), sur laquelle les cheveux manquent complètement.

Quel qu'ait été le mode de début, la plaque d'alopecie constituée est ce qu'on pourrait appeler la période d'état de la maladie; c'est alors que les malades viennent à l'hôpital. La principale plaque d'alopecie est plus ou moins étendue, siège en général sur le sommet de la tête; ses bords sont déchiquetés par des angles rentrants, là où des cheveux ont encore résisté. La peau y est blanche, luisante, plus rarement mate et pigmentée, très lisse au toucher, atrophiée. Les orifices des follicules pileux ne sont plus visibles et souvent remplacés par de petites cicatrices blanchâtres. La peau peut être très finement chagrinée par de nombreuses élevures plus petites que des têtes d'épingles; au sommet de quelques-unes d'entre elles, siège une petite dépression punctiforme, dernier vestige de l'orifice d'un follicule pileux détruit.

Indépendamment de cette plaque principale, les autres parties du cuir chevelu ne sont pas indemnes. Les cheveux sont en général clairsemés, mais, même quand ils sont abondants, on trouve, disséminées sans ordre, des plaques plus petites sur lesquelles les cheveux manquent au centre et sont clairsemés à la périphérie. La région occipitale porte toujours une ou deux de ces petites plaques. Souvent, au dire des malades, elles ont commencé par un bouton qui a disparu au bout d'une quinzaine de jours; mais ce bouton d'acné du début n'est pas constant.

Autour des plaques les plus récentes et paraissant en voie d'évolution plus active, on peut arracher assez facilement un certain nombre de cheveux; mais il y a loin de là à la facilité avec laquelle on les arrache par poignées, dans la pelade en voie de progression.

Sur le reste de la tête, on remarque çà et là, sur la région temporale et la limite du front par exemple, un enduit sébacé assez épais, adhérent, sous la forme de petits points noirs que l'on détache avec l'ongle. Certains follicules sont agrandis à leur embouchure, mais la véritable séborrhée généralisée du cuir chevelu n'existait pas chez nos malades. Le pityriasis est habituel et beaucoup de cheveux sont entourés à leur base d'une squame en bêche.

A aucune période on ne découvre, sur les plaques d'alopécie ou sur leurs limites, ce fin duvet si particulier à la période de réparation de la pelade. Les parties dénudées le sont d'une façon définitive.

« Les cheveux ne présentent pas de caractères vraiment spéciaux ; à l'examen direct ils n'ont aucune lésion autre que les lésions irritatives communes : perte d'adhérence, gaine vitreuse, ou des lésions athrepsiques : racine effilée en pointe ou coudée ; au niveau des points en état irritatif, beaucoup de cheveux cadavérisés, simplement implantés comme des corps étrangers. A l'examen histologique, pratiqué par M. Jacquet : racine légèrement dépigmentée ; quelques cheveux ont des renflements moniliformes ; aucun n'est fracturé dans sa continuité ni dans son extrémité libre. Nuls microphytes autres que les banals » (1). Les examens que nous avons faits nous-même ont donné des résultats négatifs.

Toutefois, M. Quinquaud a trouvé, dans une forme de folliculite très voisine de l'acné décalvante, un micro-

(1) BESNIER. *Loc. cit.*

coque disposé en chaînettes (1). Mais, comme nous aurons l'occasion de le dire au chapitre « Diagnostic », la maladie décrite par M. Quinquaud diffère par plusieurs caractères importants de l'acné décalvante.

Sur le reste du corps, des éléments acnéiques plus ou moins nombreux occupent les régions habituelles.

Quand le cuir chevelu est le siège de démangeaisons, elles sont plus marquées en été ; dans cette saison d'ailleurs les éléments éruptifs se montrent plus nombreux.

Enfin, chez nos deux malades, il y a eu de la phthiriasse rebelle dans la jeunesse ; le fait n'a, pensons-nous, pas d'importance.

Marche.

La marche de l'acné décalvante est lente et progressive. L'élément acnéique en marque le début, puis l'alopecie survient et s'étend, par l'accroissement des plaques déjà existantes ou la production de nouvelles plaques. Ces dernières sont précédées ou non de boutons d'acné.

La durée de cette évolution est très longue et pour ainsi dire illimitée, si nous nous en rapportons à nos observations. La maladie débute vers la fin de la première enfance et poursuit sa marche d'une façon lente mais constante, s'étendant peu à peu mais ne rétrocedant jamais. Les cheveux ne repoussent plus sur les parties dénudées, à peine peut-on espérer l'état stationnaire. Chez l'une de nos malades, âgée de 27 ans, l'alopecie avait été décou-

(1) QUINQUAUD. *Loc. cit.*

verte par sa mère 10 ans auparavant ; c'était alors une plaque du diamètre d'une pièce de 5 francs en argent ; actuellement, elle est grande comme la paume de la main. Chez cette malade, les boutons se montrent en plus grande abondance pendant l'été. En somme, nous ne saurions assigner de durée précise à cette affection, ne l'ayant jamais vue s'arrêter dans sa marche. Nos deux malades ont prétendu que, sous l'influence d'un traitement de trois mois par des lavages à l'eau de Panama et l'application d'une solution excitante, la chute des cheveux avait cessé ; mais nous n'avons pu les observer assez longtemps pour en avoir la conviction. Nous ne connaissons pas non plus de cas d'alopécie totale du cuir chevelu.

Diagnostic.

L'acné décalvante, sans doute à cause de sa rareté, n'a pas encore sa place dans le cadre nosologique.

Les cas observés sont confondus avec diverses maladies du cuir chevelu ; aussi nous sommes-nous attaché à distinguer ses caractères de ceux des autres alopecies. C'est là le principal intérêt de notre travail.

Teigne tondante. — Chez une de nos malades, le diagnostic « teigne tondante » avait été porté, mais il est à peine besoin de signaler la possibilité de cette erreur. Rien de commun entre les deux affections, même au début. Dans quelques cas cependant, après l'évolution de nombreux éléments acnéiques, il peut rester un état squa-

meux assez marqué du cuir chevelu; mais les squames régulières, épaisses, d'un blanc mat, imbriquées et sans papules sous-jacentes de la tondante, non modifiée par le traitement, sont trop caractéristiques pour que les deux états puissent être confondus.

Sous l'influence d'applications irritantes, il peut se développer chez les teigneux des pustules en grand nombre; mais, dans ce cas encore, la distinction est facile. Les pustules de la dermite sont plus petites, bien moins dures que celles de l'acné, la suppuration y est très hâtive. L'évolution est aussi tout autre; dans une éruption acnéique, chaque élément se développe pour ainsi dire isolément, dans la dermite il se fait une poussée d'ensemble qui marche plus rapidement.

S'il restait encore des doutes, l'examen microscopique des cheveux et des squames éclairerait.

Toutefois, longtemps après la guérison de certaines tondantes exceptionnelles, ayant déterminé une alopécie circonscrite définitive, il sera difficile de se prononcer. Dans les deux cas le cuir chevelu est à nu, sans orifices folliculaires, parsemé de petites cicatrices blanchâtres, les cheveux qui entourent la plaque n'ont plus de caractères spécifiques. Est-on en présence d'une alopécie suite de tondante guérie, ou d'une acné décalvante stationnaire? On n'aura que la ressource des commémoratifs, et parmi ces derniers, celui du traitement de la tondante par les substances irritantes, en particulier par l'huile de croton tiglium.

Pelade. — La pelade, comme l'acné décalvante, dé-

nude le cuir chevelu par larges plaques, dans sa forme commune ; mais l'évolution et les caractères objectifs sont tout différents.

Dans la pelade, marche rapide, en quelque sorte aiguë ou subaiguë, divisée en 3 périodes :

1° Chute abondante de cheveux disséminée ou par plaques. Souvent chute concomitante de poils dans une autre partie du corps.

2° Apparition de plaques d'alopecie s'agrandissant peu à peu.

3° Dans un dernier stade, pas absolument constant, réapparition des cheveux sur les parties dénudées.

Or, l'évolution est bien plus lente dans l'acné décalvante et la 3^e période fait défaut.

D'ailleurs, par l'examen des signes objectifs, on est bien vite fixé. Au début de la pelade, on n'observe pas le moindre élément éruptif, pas la moindre sécrétion, quelquefois même pas de démangeaisons. Les plaques d'alopecie sont remarquablement lisses, luisantes, pâles ou légèrement rosées, circulaires, entourées de cheveux cédant à la moindre traction (à leur période de développement ou d'état). Les plaques de l'acné décalvante sont plutôt blanc mat, couvertes quelquefois de squames, de croûtes desséchées, de papules ou de pustules, jusqu'au moment où les cicatrices seront définitivement organisées, les follicules et les glandes étant détruits ; alors la peau peut être lisse. Les cheveux résistent davantage à la traction.

Enfin, le 3^e stade de la pelade est encore bien plus caractéristique ; le fin duvet des cheveux naissants lui est

tout à fait particulier, et doit, quand on l'observe, trancher la question. Rien de semblable dans l'acné, dont les plaques dénudées le sont irrévocablement.

Favus. — Le favus peut présenter des difficultés de diagnostic plus explicables. Il est probable que la confusion se fait souvent.

Les auteurs anciens, qui n'avaient pas de la nature de la teigne faveuse une idée bien nette, ne séparaient pas les deux affections. Willan et Bateman eux-mêmes, professent que la pustule se trouve au début de toutes les espèces de « porrigo ». Ils prenaient donc souvent le godet naissant pour la pustule, et réciproquement.

Hardy fait remarquer avec raison que, si les pustules peuvent se montrer, comme phénomène surajouté et concomitant, au début du favus, le godet seul en est l'élément spécifique (1).

Il y a donc lieu de distinguer les pustules de l'acné décalvante du godet de favus naissant. Déjà, à la simple inspection, la rougeur circonscrite, régulière, des plaques érythémateuses du début du favus, seront distinguées de la rougeur diffuse, entourant dans quelques cas une ou plusieurs pustules d'acné récente. Bientôt les éléments se caractérisent. Dans l'acné, c'est une papule rouge, indurée, portant, à son degré le plus avancé, un point jaune à son sommet, indice de sa transformation en pustule ; un pus jaune, plus ou moins épais, s'en échappe lorsqu'on pique la pellicule qui l'emprisonnait. Dans le favus, si

(1) HARDY. Article Favus. *Dict. de méd. et de chirur. prat.*, t. XIV.

l'élément n'a pas encore nettement sa forme en godet si particulière; ce ne sera qu'une petite masse indurée, recouverte d'une lamelle épidermique. Cette masse, de couleur jaune, ne siège pas sur une papule; en la piquant, on n'obtient pas de liquide; mais on peut l'extraire sous la forme d'un petit nodule, laissant à sa place une petite exulcération sèche ou sanguinolente. Ce nodule d'apparence caséuse, se réduit par écrasement en une fine poussière, quand il est desséché.

Si, à la suite du grattage ou d'applications de topiques, les rares godets du début ont été détruits, le diagnostic peut demeurer en suspens au début; d'autant plus que des pustules ont pu se développer, par irritation du cuir chevelu. Il faut alors tenir compte de l'état des cheveux, normaux dans l'acné, lanugineux, déformés dans le favus. D'ailleurs, si on laisse la maladie évoluer, de nouveaux godets ne tarderont pas à se caractériser. Enfin, l'examen microscopique des cheveux et de la matière jaunâtre des éléments éruptifs, tranchera la question, en révélant l'existence du parasite spécial au favus.

Syphilides du cuir chevelu. — La syphilis produit dans le cuir chevelu des éruptions très diverses, entraîne souvent l'alopecie au moins temporaire; aussi, en présence de l'acné décalvante, pourrait-on penser à l'une des manifestations de la diathèse syphilitique. A la première période de l'acné décalvante, alors même que les cheveux seraient clairsemés sur plusieurs points, ce n'est pas l'alopecie secondaire simple qui viendra à l'esprit, car les éléments éruptifs dévoilent l'agent primitif de l'alopecie.

Mais, la syphilis donne naissance à des éléments qui ont une certaine ressemblance avec l'acné véritable, et le souvenir de ces éruptions pourrait tromper, en présence de la maladie bien plus rare qui fait le sujet de notre travail.

Il y a donc lieu de distinguer l'acné décalvante à sa première période :

- 1° Des syphilides papuleuses.
- 2° Des syphilides papulo-croûteuses.
- 3° Des syphilides pustulo-croûteuses.
- 4° Des syphilides tuberculeuses.

Syphilides papuleuses. — Disons d'abord que ces éléments occupent rarement le cuir chevelu.

L'aspect, le mode de groupement, la localisation et l'évolution de cette éruption permettent de la distinguer de l'acné.

En effet : les papules syphilitiques sont aplaties, de couleur jambonnée ou cuivrée, n'entourent pas constamment la base des cheveux. Généralement, elles affectent la disposition circinée et siègent sur la lisière du front (couronné de Vénus) ; ou bien elles se fusionnent (syphilides en nappe), c'est alors à la région occipitale, près de la nuque, qu'on les observe. Ces papules ne suppurent pas, elles s'affaissent et laissent à leur place des macules qui s'effacent peu à peu.

Au contraire, les éléments acnéiques sont rouges et acuminés, siègent à la base des cheveux, se groupent sans ordre particulier, ne se fusionnent pas. Ils occupent le sommet de la tête, en avant du tourbillon, puis les

régions occipitale et temporale. Le terme ordinaire de leur évolution est la formation d'une pustule qui se déchire et laisse une croûte au sommet de l'élément.

Syphilides papulo-croûteuses. — Quand les éléments acnéiques pustuleux se sont recouverts de croûtes par dessiccation de leur contenu, peuvent-ils être confondus avec l'éruption papulo-croûteuse de la syphilis ? Dans la grande majorité des cas, les éléments croûteux ont des caractères absolument nets. Quelquefois cependant, au début d'une éruption discrète, les papules croûteuses sont peu nombreuses, isolées, de petit volume. On remarquera alors que la croûte masque entièrement la papule, ses bords sont moins nets que ceux de la croûte acnéique, enfin, si on l'enlève, on découvrira une papule intacte et non un élément excorié. L'évolution est d'ailleurs plus lente que celle de l'élément acnéique.

Syphilides pustulo-croûteuses. — « Ecthyma plat ». Cet élément n'est qu'une modification de la papule syphilitique, il est superficiel et bénin, coexiste souvent avec des éléments papulo-squameux. Il siège surtout sur la nuque et la lisière du cuir chevelu, sa forme est ovale, sa croûte est mince et brunâtre.

Ces caractères le distinguent suffisamment de l'élément acnéique qui est arrondi, plus induré, acuminé, recouvert d'une croûte jaunâtre.

« Ecthyma profond », c'est une lésion profonde, ulcéreuse, qui ne saurait être confondue avec l'acné.

Acné syphilitique. — L'acné syphilitique est

précoce et coïncide souvent avec l'alopecie secondaire. Or, cette dernière, dans la forme dite en clairière de M. Fournier, offre quelque analogie avec le début de certaines plaques d'acné décalvante.

Les éléments, considérés isolément, diffèrent peu ; toutefois, dans l'acné décalvante ils sont discrets ; s'ils sont nombreux, ils se rassemblent en groupes sur les régions que nous avons indiquées. Leur apparition est successive, il en résulte qu'ils sont toujours à divers âges et à des degrés différents de développement.

Les sujets atteints d'acné décalvante ont quelquefois de l'acné vulgaire sur le reste du corps, il est alors localisé aux régions habituelles (dos, face).

L'acné syphilitique se produisant d'une façon relativement aiguë et brusque, cette éruption étonne déjà par son abondance relative et par sa simultanéité (Barthelemy et Balzer), elle surprend par sa dissémination, non seulement sur le cuir chevelu, mais à la face et surtout au tronc et sur les membres : ainsi, les pustules syphilitiques ont un domaine beaucoup plus vaste, elles sont aussi relativement moins serrées sur une région donnée (Barthelemy et Balzer). Elles ne sont pas exclusivement développées autour des follicules pileux (1).

Enfin, il est à remarquer que, dans la syphilis, les saillies boutonneuses ont ordinairement une teinte soit cuivrée, soit jambonnée et, comme cette éruption est très rarement localisée à la tête, on remarquera la couleur de ces éléments sur les membres inférieurs.

(1) BARTHELEMY et BALZER. Article Syphilides, in *Nouv. dict. de méd. et de chirurg.*, t. XXXIV.

Syphilides tuberculeuses ou gommes de la peau. — Il est important d'établir le diagnostic entre l'acné décalvante et les gommes de la peau, car ces dernières siègent fréquemment sur le cuir chevelu : M. Fournier (1) a cité une syphilitique héréditaire qui avait une alopecie avec des lésions semblables à la folliculite épilante de M. Quinquaud (et cette dernière est très proche parente de l'affection qui nous occupe).

Les gommes cutanées que l'on observe dans le cuir chevelu sont de deux ordres : les syphilides tuberculeuses sèches et les syphilides tuberculeuses ulcéreuses. Les premières sont de petites tumeurs enchâssées dans la peau, solides, fermes, elles forment une petite saillie arrondie, de nuance variant du rouge rosé au rouge cuivré et ne suppurent pas.

Quand on oppose à cet aspect et à cette évolution, la forme acuminée, la teinte rouge et la suppuration ordinaire de l'acné, on a tous les éléments du diagnostic.

Les gommes ulcéreuses, même lorsqu'elles sont de petit volume, sont plus profondément enchâssées dans la peau de l'acné ; elles subissent une véritable fonte purulente et se transforment en une ulcération taillée à pic, sans tendance à la réparation.

L'élément acnéique au contraire, est superficiel, ne donne que peu de pus, s'affaisse et disparaît spontanément, laissant une petite cicatrice à sa place. Il siège exclusivement à la base des follicules pileux.

(1) FOURNIER. Réunion clinique du 13 déc. 1888, in *Ann. de dermatolog.*, 1889, n° 2.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs qu'à la période des gommages, les cheveux ne tombent qu'au niveau des éléments éruptifs.

Lupus érythémateux. — Le lupus peut se développer dans le cuir chevelu et déterminer la chute des cheveux. Tous les auteurs, cependant, s'accordent à dire qu'il y est très rarement primitif, l'éruption occupant d'abord la face. A la période d'état, le lupus érythémateux se présente dans le cuir chevelu sous forme de taches ou de nappes à rebord saillant et squameux, le centre est cicatriciel. Mais c'est au début qu'il pourrait y avoir confusion. A la période initiale du lupus érythémateux, il se forme des disques en forme de lentille, peu saillants, puis grossissant peu à peu ; ils sont groupés en forme de cercles ou en lignes serpentineuses.

Au début de l'acné décalvante, les papules sont aussi peu saillantes, discrètes, sous forme de petits tubercules disséminés ; de couleur rosée ; mais déjà leur consistance est plus dure que celle des points lueux, elles sont plus sensibles au toucher, plus profondément implantées et souvent le siège de démangeaisons. Elles ne tardent pas d'ailleurs à faire une saillie plus grande au-dessus de la peau, évoluent et grandissent bien plus rapidement que les macules initiales du lupus ; au lieu de s'élargir comme ces dernières, elles s'affaissent ou deviennent pustules.

Lupus tuberculeux. — Le lupus tuberculeux se développe aussi très rarement dans le cuir chevelu sans

occuper en même temps certaines parties de la face ; ses tubercules sont plus saillants, plus isolés que les taches du lupus érythémateux ; cependant on distingue encore facilement ses éléments du bouton d'acné.

Le tubercule lupeux est plus mollasse, plus arrondi, sa couleur n'est pas rouge, mais plutôt « sucre d'orge », ses squames sont plus épaisses et plus étendues que celles de l'acné, il se détruit par ulcération et non par pustulation.

Le siège des éléments acnéiques à la base des cheveux est encore un bon signe distinctif, car le lupus acnéique est fort rare au cuir chevelu.

Eczéma. — A aucune de ses périodes, l'acné décalvante ne sera prise pour de l'eczéma du cuir chevelu.

D'une part en effet : grosses papules agminées ou disséminées, ou bien, pustules purulentes ou recouvertes d'une croûte. Dans l'eczéma au contraire, papules très petites, devenant bientôt vésicules, laissant ensuite la place à des squames cohérentes ou confluentes, humides d'abord, sèches ensuite. L'eczéma chronique entraîne cependant l'alopecie ; mais il n'en conserve pas moins ses caractères.

Quand l'eczéma prend la forme impétigineuse, le flux abondant de sérosité et les croûtes épaisses recouvrant des nappes de pus, sont encore plus caractéristiques ; mais il ne faut pas oublier que, dans le jeune âge, la gourme impétigineuse peut masquer la période initiale de l'acné décalvante.

Folliculites. — L'acné et la folliculite sont deux

processus très voisins, cependant, dans la plupart des cas, ils est facile de les distinguer.

Dans la folliculite, la base de l'élément est moins largement indurée que celles des tubercules acnéiques. La lésion est plus profonde, mais elle s'étend moins en surface. Parmi ces folliculites (Barthelemy et Balzer) il en est qui sont saillantes, mollasses, presque fluctuantes; si on les perce il en sort une goutte de pus mêlée ou non de sébum altéré. Une fois vidées complètement; elles s'affaissent, il reste une dépression limitée par un fond irrégulier, presque fongueux, mais peu induré et nullement infiltré. Quand elles se sont vidées depuis un certain temps, elles sont affaissées et croûteuses.

Des caractères opposés se rencontrent dans l'acné décalvante. Quand l'élément existe, le pus en est la partie accessoire, la papule indurée le caractérise surtout, cette dernière n'aboutit pas fatalement à la pustulation.

Nous ne parlerons pas des folliculites agminées, car nous ne savons si elles peuvent se rencontrer dans le cuir chevelu. Elles diffèrent d'ailleurs absolument de l'acné même en groupes.

MM. Barthelemy et Balzer citent des cas de folliculites disséminées extrêmement rares, formées de poussées qui se succèdent pendant des mois et des années; chacune d'elles forme une petite tumeur sous-cutanée qui ne se manifeste que par une très légère douleur en un point donné et par une induration limitée du derme et de l'hypoderme; il n'existe aucune modification dans la coloration ni dans la mobilité de la peau. Peu à peu, dans l'espace de 15 jours environ, le derme rougit, s'amincit au

point correspondant qui devient acnéiforme, pustuleux et aboutit à un léger écoulement purulent. Dès lors la lésion se cicatrise pour se reproduire dans une région plus ou moins éloignée. On peut voir 80 ou 100 de ces éléments éruptifs évoluer en même temps.

Cette affection encore mal connue est aussi désignée sous le nom d'« acné nodulaire profonde ».

Nous ne savons si cette affection peut siéger sur le cuir chevelu, les observations en sont encore très rares et MM. Barthelemy et Balzer ne mentionnent pas cette localisation, mais il nous semble que la distinction se fera aisément.

En effet, observerait-on les éléments à la période acnéiforme, la seule qui pourrait tromper, on remarquera que, dans l'acné nodulaire, l'induration est bien plus profonde, elle occupe le derme et l'hypoderme. On observera toujours aussi quelques éléments à la période nodulaire sans rougeur, période qui n'existe pas dans l'acné décalvante.

Nous venons d'exposer longuement les caractères distinctifs des éléments « acné » et « folliculite », il nous reste cependant encore un signe précieux pour le diagnostic : nous voulons parler de l'alopécie dans ses rapports avec l'éruption.

En effet, dans les folliculites, la lésion apparente du follicule précède toujours la chute des cheveux, l'alopécie, en un mot, est proportionnée au nombre des éléments.

Au contraire, dans la variété d'acné que nous étudions, il peut se faire qu'après une première éruption plus ou moins caractérisée, l'alopécie fasse encore des progrès

pendant longtemps, sans autre lésion apparente que de rares éléments isolés.

Folliculites décalvantes. — Dans la séance du 10 août 1888 de la Société médicale des hôpitaux, M. Quinquaud a signalé une variété d'alopecie qui a une grande analogie avec celle qui nous occupe. Elle se produit d'une façon progressive, assez rapide, par plaques irrégulières. A la périphérie, plus rarement au centre de ces plaques, se forment des éléments punctiformes à coloration rouge, sécrétant un peu de pus.

Chez les malades de M. Quinquaud, comme chez les nôtres, on observe des plaques lisses, s'agrandissant peu à peu, mais les éléments punctiformes sont remplacés, chez nos malades, par de véritables papules ou pustules d'acné qui précèdent l'alopecie, se montrent sur les limites des plaques, mais jamais à leur centre.

Autre caractère distinctif : dans les folliculites décalvantes, les éléments éruptifs seraient constants ; la seconde période de l'acné décalvante pendant laquelle l'alopecie se produit sans autre lésion apparente ferait défaut.

La durée de la folliculite décalvante est limitée à trois ou cinq ans, celle de l'acné est indéfinie. Enfin, un parasite spécial en chaînettes, a été trouvé par M. Quinquand, à la surface des plaques d'alopecie ; chez nos malades nous n'avons pu isoler aucun microphyte spécial.

Nous pensons donc, et c'est l'avis de M. Quinquaud, que l'on doit distinguer ces deux affections.

La pièce déposée au Musée de St-Louis, sous le titre de *folliculite décalvante*, représente des éléments éruptifs

en petit nombre qui ressemblent beaucoup à des pustules d'acné recouvertes de croûtes jaunâtres volumineuses. Il est vrai, que les plaques d'alopécie qui les accompagnent, n'ont pas absolument la disposition de celle de l'acné décalvante. Dans cette dernière affection, il y a toujours une grande plaque en avant du tourbillon. Sur la pièce de M. Quinquaud sont figurées au contraire, des séries de petites plaques séparées par des îlots de cheveux. D'autre part, n'ayant pas vu le sujet, nous ne savons comment a évolué l'alopécie dans ses rapports avec les éléments éruptifs.

Il se pourrait donc, nous ne saurions toutefois l'affirmer, qu'il y eût des cas « de transition » établissant des liens très étroits entre ces deux variétés si voisines d'alopécie.

Autres variétés d'alopécie. — M. Brocq (1) a appelé l'attention de la Société médicale des hôpitaux sur quelques cas d'alopécie irrémédiable qu'il divise en 3 principales variétés :

1° La pseudo-pelade.

2° La folliculite de M. Quinquaud.

3° Le sycosis lupoïde.

1° *Pseudo-pelade.* — La pseudo-pelade n'est caractérisée que par une rougeur modérée ; mais l'absence complète d'éléments éruptifs la distingue de l'acné décalvante. Chez nos malades, on peut observer, à une période éloignée du début de l'alopécie, une légère rougeur sans

(1) Société médicale des hôpitaux, séance du 12 octobre 1888.

autre lésion apparente, sur les parties qui vont se dénuder; on peut donc se demander si quelques cas de pseudo-pelade ne pourraient pas être rattachés à cette période éloignée de l'acné décalvante.

2° *Folliculite de M. Quinquaud*. — Nous avons déjà traité ce point du diagnostic.

3° *Sycosis lupoïde*. — Dans ce cas, les folliculites forment une masse inflammatoire rouge, pustuleuse, croûteuse et squameuse avec épaissement des tissus, la lésion s'étend périphériquement, en laissant au centre, après son évolution, un tissu cicatriciel, induré, presque chéloïdien, entouré dans certains cas d'une zone d'activité.

Si l'on a présents à l'esprit ces derniers caractères des cicatrices, aussi bien que le volume plus grand des éléments, on ne peut confondre le sycosis lupoïde avec l'acné décalvante, dont les cicatrices sont à peine visibles.

Le sycosis chéloïdien de la nuque se distinguera également par l'infiltration chéloïdienne des cicatrices.

Acné varioliforme. — L'acné varioliforme peut occuper le cuir chevelu, mais l'éruption est très caractéristique.

Les pustules sont ombiliquées, la croûte enchâssée, déprimée. Dans quelques cas il se fait une poussée d'acné varioliforme aiguë dans le cuir chevelu et sur la face, on observe alors à la lisière du front des éléments qui confluent à l'impétigo.

D'ailleurs, l'acné varioliforme n'entraîne pas l'alopecie.

Nature de la maladie.

Quelle est la nature et quelles sont les lésions anatomiques de l'acné décalvante ?

N'ayant pu faire l'examen histologique du cuir chevelu, nous ne nous prononcerons pas d'une façon définitive.

Cette affection est-elle constitutionnelle, est-elle acquise ?

Si l'hérédité avait été observée, ce serait un excellent argument en faveur de la première hypothèse ; mais nous n'avons trouvé chez les ascendants de nos malades, que l'acné vulgaire ou le rhumatisme vague.

L'acné, héréditaire chez les arthritiques, peut, lorsqu'il est très confluent sur le cuir chevelu, produire une alopecie en plaques. Le fait n'est pas douteux et il explique une partie des lésions ; mais, nous avons vu aussi chez nos malades, les premières plaques s'agrandir ou même de nouvelles se former sans le moindre élément éruptif.

Il y a donc un autre facteur que l'élément acnéique dans la destruction du follicule. Le pityriasis ne saurait être invoqué, car il ne produit pas de lésions en foyer ; il n'était d'ailleurs pas particulièrement abondant chez nos malades.

L'hypothèse d'un microphyte pathogène paraissait très logique. Aussi a-t-il été recherché par M. Balzer ensuite par M. Jacquet, à l'instigation de MM. Lailler et Besnier. Leurs examens ont donné des résultats négatifs.

M. Quinquaud est parvenu à isoler un microphyte spécial, disposé en chaînettes, dans la « folliculite décal-

vante », mais nous avons établi que cette affection, très voisine de l'acné décalvante, en diffère cependant par sa marche et même quelques-uns de ses caractères objectifs.

Dans une autre variété d'alopécie, qui pourrait presque être rattachée à l'acné décalvante, M. Quinquaud n'a pas trouvé de parasite spécial.

Malgré toutes ces incertitudes, l'hypothèse d'un parasite comme agent primordial de l'acné décalvante, nous paraît la plus vraisemblable. Il siègerait vers le col du follicule plutôt que dans le poil lui-même, car les cheveux ne présentent pas d'altération spéciale.

Ce parasite pourrait évoluer dans des conditions diverses : Tantôt, il se développerait avec une grande activité, donnant lieu, par suite de l'irritation des follicules, à des poussées d'éléments acnéiques. Tantôt au contraire, poursuivant son évolution d'une façon lente et insidieuse, il altérerait peu à peu le tissu des follicules et en entraînerait l'atrophie progressive sans autre lésion apparente. C'est ainsi qu'il procéderait, en général, dans la seconde période de l'acné décalvante. La contagion d'homme à homme n'a, il est vrai, pas été notée, mais nous ne pensons pas que cela suffise pour faire rejeter l'idée d'un parasite. D'une part en effet, les observations sont trop rares pour permettre une opinion ferme à ce sujet, d'autre part, certains microphytes ne se développent que dans des conditions très spéciales, qui ne se rencontrent pas chez tous les sujets.

En somme, si l'existence d'un parasite pathogène était démontrée, l'élément acnéique, qui tient tant de place dans la symptomatologie, ne serait plus qu'un phéno-

mène secondaire et accessoire. Mais, pour l'instant, il demeure encore, au point de vue clinique, l'élément primordial et caractéristique de cette variété d'alopecie.

Le nom d'« acné décalvante », donné à cette dermatose par notre maître M. Lailler, nous paraît donc parfaitement justifié.

Pronostic et Traitement.

L'acné décalvante, abandonnée à elle-même, poursuit sa marche d'une façon lente mais à peu près continue, sa durée est illimitée. Il va sans dire que les plaques d'alopecie sont définitives, les follicules pileux étant absolument atrophiés. Est-il un traitement qui puisse arrêter les progrès du mal ? Jusqu'à ce jour, les observations sont trop peu nombreuses pour permettre de juger les résultats obtenus.

Les malades n'entrant pas à l'hôpital, ne viennent consulter, la plupart du temps, qu'à des intervalles de plusieurs mois : il est donc très difficile de les bien étudier.

Nos deux malades, que nous avons vues à peine quatre fois dans l'année, nous ont affirmé que, sous l'influence de lavages faits deux fois par semaine avec une décoction d'eau de Panama, les démangeaisons avaient cessé ; la chute des cheveux se serait même arrêtée. Mais ce dernier résultat nous a paru problématique.

Tout topique irritant doit être proscrit ; il n'aurait d'autre effet que d'exagérer les poussées acnéiques.

Dans un cas, qui avait résisté à tous les agents théra-

peutiques essayés, M. Lailler a vu l'alopecie cesser de progresser à la suite de l'emploi de la pommade au turbith minéral.

M. Besnier a aussi retiré d'excellents effets de ce topique dans des cas « d'alopecie cicatricielle » de la barbe, qui paraissent de même nature que l'acné décalvante.

M. Quinquaud emploie contre la « folliculite décalvante », des lotions quotidiennes avec une solution mixte de bichlorure et de biiodure d'hydrargyre. Tous les huit jours, en outre, il touche les parties malades avec de la teinture d'iode.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M^{me} L..., âgée de 26 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père avait des douleurs de rhumatisme vague.

Une petite sœur (âgée de 6 ans) de la malade aurait été atteinte de la même maladie qu'elle ; mais nous n'avons pu contrôler le fait.

Antécédents personnels. — Gourme abondante dans le jeune âge jusqu'à 9 ans : croûtes dans le nez, maux d'yeux, ganglions engorgés. Phthiriasse rebelle, impétigo du cuir chevelu. Vers l'âge de 9 ans, époque à laquelle l'impétigo du cuir chevelu a cessé, une plaque grande comme une pièce de 5 francs en argent, sur laquelle les cheveux manquaient complètement, a été découverte par la mère de la malade sur le sommet de la tête, en avant du tourbillon.

Un médecin, consulté à cette époque, a diagnostiqué la teigne, mais il n'a pas fait d'examen microscopique des cheveux. Des épilations continuées pendant plusieurs mois et divers topiques, n'ont produit aucune amélioration et les cheveux n'ont pas cessé de tomber. La malade a été réglée à 16 ans. Les règles sont régulières.

Par intermittences, au moment des règles surtout, elle a des poussées d'acné sur la face ; mais depuis quelque temps ces poussées tendent à disparaître.

La malade s'est mariée à 23 ans, elle n'a pas eu d'enfants.

Depuis la constatation de la première plaque d'alopécie, les

cheveux n'ont pas cessé de tomber, aussi la plaque dénudée s'est-elle accrue du double.

Une nouvelle plaque, moins grande, s'est développée sur la région occipitale. Par places, les cheveux sont assez clairsemés et s'arrachent facilement. Sur certains points, isolés les uns des autres, la malade sent de temps en temps un bouton qui est le siège d'un prurit plus ou moins vif; il dure une quinzaine de jours environ, puis se dessèche et laisse à sa place une petite croûte peu épaisse.

Dès ce moment les cheveux commencent à tomber à ce niveau sans qu'il s'y produise nécessairement de nouveaux éléments éruptifs. Ces derniers se succèdent à des intervalles très variables, mais plus rapprochés en été.

Les cheveux tombent aussi sur d'autres petits foyers d'alopecie qui n'ont jamais présenté d'éléments éruptifs. Notamment autour de la grande plaque d'alopecie.

Actuellement. — La malade présente sur le sommet de la tête, un peu en avant du tourbillon, une large plaque d'alopecie grande comme la paume de la main, de forme à peu près quadrilatère, ses bords sont déchiquetés par les angles saillants des îlots de cheveux qui ont résisté.

Sur cette plaque la peau est blanche, luisante, très lisse et douce au toucher. Les orifices des follicules pileux ne sont plus visibles et sont remplacés par des petites cicatrices blanches.

Sur quelques points, toutefois, la peau est comme chagrinée par des élevures à peine visibles qu'on ne perçoit pas au toucher. Au sommet de certaines d'entre elles, on peut apercevoir un petit orifice punctiforme.

Sur le reste du cuir chevelu, les cheveux sont noirs, longs et luisants, ils paraissent au premier abord abondants. La malade, qui masque sa plaque d'alopecie par des cheveux artificiels, a l'apparence d'une belle chevelure; mais, en examinant soigneusement, on découvre çà et là des places sur lesquelles les cheveux sont clairsemés et s'arrachent assez facilement; pas aussi facilement cependant que dans la pelade. Beaucoup d'entre eux

sont engainés par une squame en bobèche. Sur certaines de ces plaques commençantes, la malade se rappelle avoir senti un bouton.

Une ou deux de ces petites plaques d'alopecie sont très nettes sur la région occipitale. Les cheveux sont encore assez abondants sur les régions temporales; on n'y voit pas d'éléments acnéiques.

Il n'y a pas de pityriasis ni de séborrhée bien caractérisés sur le reste du cuir chevelu. L'acné a toujours été discrète chez cette malade, sur le cuir chevelu comme sur la face, et tend de plus en plus à disparaître.

Pas de cheveux cassés. L'examen de cheveux arrachés et de squames ne fait pas découvrir de micro-organisme particulier.

Il est ordonné à la malade des lotions à faire deux fois par semaine avec une décoction de bois de Panama et des frictions avec la solution excitante de St-Louis.

Trois mois plus tard, la malade revient dans le service à peu près dans le même état; toutefois les démangeaisons ont cessé elle prétend même que les cheveux ne tombent plus.

La malade revient encore une fois dans le service. L'alopecie ayant toujours eu une marche très lente, il nous est bien difficile de dire si elle a fait ou non des progrès depuis le début du traitement.

OBSERVATION II

Mathilde X..., âgée de 7 ans.

Le père, âgé de 40 ans, n'est pas chauve mais très sujet à l'acné.

La mère a eu une atteinte de rhumatisme articulaire aigu.

Sur 3 oncles, un seul est atteint de calvitie précoce, tous ont de l'acné.

Un petit frère jumeau n'a pas de maladie du cuir chevelu.

Antécédents personnels. — Conjonctivites, croûtes dans le nez, écoulements par les oreilles dans la première enfance; mais pas d'impétigo du cuir chevelu.

Vers l'âge de deux ans et demi à 3 ans, ont apparu sur le cuir chevelu, des éléments acnéiques : les uns près de la région frontale, les autres derrière les oreilles, d'autres enfin, plus nombreux et plus confluent, sur le sommet de la tête aux environs du tourbillon.

D'abord rouges et acuminés, ils s'affaissaient peu à peu, puis laissaient à leur place une croûte, puis une pellicule que traversaient un ou plusieurs cheveux. Sur quelques points, la croûte jaunâtre était plus épaisse et, enlevée avec l'ongle, elle laissait à nu une petite exulcération recouverte de pus.

En même temps que cette première poussée dans le cuir chevelu, il y avait une éruption d'acné dans la région dorsale, entre les deux omoplates, et, actuellement, c'est-à-dire quatre ans et demi plus tard, les cicatrices en sont encore très visibles.

L'évolution successive et à peu près continue des premiers éléments acnéiques observés dans le cuir chevelu, a duré trois mois et demi environ. À ce moment, la mère de la malade a pu observer que plusieurs boutons évoluaient en même temps et groupés. La peau, plus rouge, à ce niveau, était le siège d'un léger prurit.

Après cette première période, l'acné ne s'est montrée que d'une façon intermittente, fugace, et pendant de longues périodes elle a fait défaut.

Les cheveux ont cependant continué à tomber, découvrant peu à peu de véritables plaques d'alopécie.

La première constituée a été celle du sommet de la tête (c'est à ce niveau que les boutons avaient été les plus nombreux). Cette première plaque s'est agrandie peu à peu, tandis que d'autres naissaient. Deux autres, plus petites, se sont formées, l'une sur la région occipitale, l'autre sur la région mastoïdienne.

Actuellement. — La petite malade âgée de 7 ans 1/2 est pâle, mais non chétive.

Quelques ganglions sous-maxillaires et mastoïdiens sont engorgés.

Sur le sommet de la tête, en avant du tourbillon, existe une

plaque d'alopécie, large comme la paume de la main, sur laquelle les cheveux manquent complètement. Sa surface est lisse, toute trace de follicules pileux a disparu, on n'y observe ni squames ni papules. Pas le moindre duvet, la peau y est blanc mat sur certains points, légèrement pigmentée sur d'autres. Cette plaque est déchiquetée à sa périphérie par des îlots de cheveux qui tiennent encore. Ils s'arrachent d'ailleurs plus facilement que ceux du reste du cuir chevelu, mais pas au même point que dans la pelade.

Au niveau de la région occipitale, deux petites plaques contiguës, moins étendues, moins lisses que la plaque principale ; elles sont recouvertes de nombreuses squames minces. Sur la région temporale droite, plaque non encore absolument dénudée, les cheveux y sont très rares, la peau y est rouge, les squames abondantes, mais il n'y a pas d'éléments éruptifs ; les cheveux s'y arrachent assez facilement.

Sur toute l'étendue du cuir chevelu, les cheveux, sont clairsemés, souvent engainés par des squames en bobèche ou entourés à leur base de croûtes grasses. Ça et là, quelques rougeurs diffuses avec desquamation pityriasique, les cheveux y sont moins solides ; léger prurit à ce niveau.

Sur la limite temporale du front, enduit sébacé assez épais, adhérent, se présentant sous la forme de points noirs, au niveau des follicules pileux dont on le détache facilement avec l'ongle.

Les cheveux sont très secs mais non cassants. On n'y découvre pas de parasites, rien non plus dans les squames.

Phthiriasse rebelle.

Il est ordonné des lotions à l'eau de Panama et des frictions avec la solution excitante de St-Louis.

Lors d'une seconde visite de la malade, sa mère nous rapporte que le prurit a cessé. L'alopécie aurait même cessé de progresser. Pas de rougeur dans le cuir chevelu. Les squames sont moins abondantes qu'auparavant.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ⁽¹⁾

- Bateman.** — *Traité pratique des maladies de la peau*, traduit par GUILLAUME BERTRAND. Montpellier, 1820, article Porrigio decalvans, p. 22.
- Rayer.** — *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, vol. III, p. 705.
- Baudelocque.** — Sur la teigne faveuse, in *Revue médic. française et étrangère*, Paris, 1831, 1^{er} vol., nos 27-49.
- Cazenave.** — *Maladies du cuir chevelu*. Paris, 1850, p. 258.
- Hébra.** — *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1874, vol. II, p. 313.
- Courrèges.** — *Thèse de Paris*, chapitre Diagnostic.
- Quinquaud.** — Réunion clinique du 13 déc. 1888, in *Ann. de dermatologie*, 1889, n° 2.
- Besnier.** — Réunions cliniques du 13 et du 20 déc. 1888, in *Ann. de dermatologie*, 1889, n° 2.
- Hardy.** — *Nouveau dict. de méd. et de chirurgie prat.*, t. XIV, article Favus.
- Barthelemy et Balzer.** — *Nouveau dict. de méd. et de chirurg. prat.*, t. XXXIV, article Syphilides.
- Fournier.** — Réunion clinique du 13 déc. 1888, in *Ann. de dermatologie*, 1889, n° 2.
- Brocq.** — *Société médicale des hôpitaux*; séance du 12 octobre 1888.
- Lailler.** — Réunions cliniques du 13 et du 20 déc. 1888, in *Ann. de dermatologie*, 1889, n° 2.

(1) N. B. — La plupart des auteurs désignés dans cet index n'ont pas décrit l'« *Acné decalvante* ». Mais on peut trouver dans les passages que nous signalons, des observations ou des réflexions qui semblent s'y rapporter.

Dans le compte rendu des réunions cliniques de l'hôpital St-Louis, on trouvera des observations et des discussions ayant véritablement trait à l'« *Acné decalvante* ».

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse,
CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE



Hélios Dujardin.

ACNÉ DÉCALVANTE

